Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Stolte.)

Erfahrungen mit der Pneumothoraxtherapie bei tuberkulösen Kindern.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Paul Gläsner,
approb. Arzt in Breslau.

Breslau 1923.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Stolte.

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Mit fortschreitender Ausbildung der Technik des künstlichen Pneumothorax, die wir besonders Forlanini und Brauer verdanken, haben wir gelernt, die Herstellung eines künstlichen Pneumothorax beim Erwachsenen zu einem ziemlich harmlosen Eingriffe zu gestalten. Erst relativ spät wurde die Pneumothoraxtherapie bei tuberkulösen Kindern angewandt. Aber in den letzten Jahren ist auch hier eine Änderung eingetreten; denn der Pneumothorax läßt sich beim Kinde ebensogut anlegen und erhalten wie beim Erwachsenen.

Das Verfahren bei der Pneumothoraxbehandlung der Kinder ist im großen und ganzen ähnlich dem beim Erwachsenen. Anders ist nach Eliasberg die Indikationsstellung. Während beim Erwachsenen eine beginnende Spitzenaffektion unter hygienisch diätetischen Maßnahmen ausheilen kann, ist die Hoffnung auf eine Spontanheilung bei der geringen Resistenz des kindlichen Körpers um so aussichtsloser, je jünger das Kind ist.

Eine systematische Pneumothoraxtherapie bei Kindern wurde zuerst in der Czernyschen Klinik zu Straßburg angewandt; wenn auch die längste Beobachtungszeit nur dreiviertel Jahre beträgt, so haben Pielsticker und Vogt an einer Reihe von Fällen die Überzeugung gewonnen, daß der künstliche Pneumothorax von großer Bedeutung in der kindlichen Tuberkulosetherapie sei.

In neuerer Zeit berichtet Eliasberg aus der Universitätskinderklinik Berlin über die dortigen Erfahrungen. Auch diese Resultate sind ermutigend. Im ganzen handelt es sich um 52 Kinder; davon gelang es 8 mal nicht einen Pneumothorax anzulegen infolge starker Verwachsungen, 17 mal gelang ein partieller; 10 mal trat ein Exsudat auf, 2 mal ein Empyem. Die Ausschaltung einer Lunge wurde selbst

von Säuglingen im ersten Halbjahr gut vertragen. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Charakter der Erkrankung. Herde, die auf die Umgebung des Hilus beschränkt sind, werden am günstigsten beeinflußt.

Harms berichtet über eigene Erfahrungen mit künstlichem Pneumothorax folgendermaßen: er wandte bei 37 Kindern im Alter von 4 bis 15 Jahren das Verfahren an; dabei handelte es sich 2 mal um Hilustuberkulose im Sekundärstadium, und 35 mal um Tuberkulose in tertiärem Stadium. 17 mal gelang ein vollständiger und 13 mal ein partieller Pneumothorax. 7 mal gelang er infolge starker Verwachsungen überhaupt nicht. Der Ausgang war folgender: 5 Kinder wurden klinisch geheilt nach einer Behandlungsdauer von 12—48 Monaten. 4 starben während der Behandlung an Miliar- und Darmtuberkulose. Nach Abbruch der Behandlung starben 11 Kinder. Bei 8 Fällen, von denen 5 schulfähig entlassen worden waren, ist das Schicksal unbekannt. 14 Kinder wurden schulfähig. Bei der Beurteilung dieser Fälle muß berücksichtigt werden, daß es sich nach Harms mit Ausnahme von 2 Fällen um vorgeschrittene, keiner anderen Therapie mehr zugängliche Prozesse handelte, deren Prognose von vornherein ungünstig war.

Auch an der hiesigen Universitäts-Kinderklinik haben wir seit einer Reihe von Jahren die Behandlung der Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax an einem reichlichen Material eifrig betrieben. Auch unsere Resultate sind durchaus ermutigend. Durch die Erfahrung, die wir mit der Pneumothoraxtherapie bei tuberkulösen Kindern gemacht haben, haben wir die Überzeugung gewonnen, daß die Behandlungsmethode eine sehr schätzbare Bereicherung der im ganzen wenig erfreulichen Therapie der Lungentuberkulose im Kindesalter ist; denn Kinder, die vorher ständig fieberten, entfieberten zum großen Teil während der Behandlung. Sie verloren den Husten, der Auswurf nahm ab, die Bazillen wurden weniger oder verschwanden ganz; die Nahrungsaufnahme wurde besser, das Körpergewicht nahm zu, und vor allem schritt bei guter Kompression der Prozeß in der Lunge nicht fort. Kinder, die sich vorher matt und elend fühlten, wurden durch die Pneumothoraxbehandlung wieder munter und lebenslustig, ja viele konnten ohne jegliche Bedenken, und ohne eine Gefahr für ihre Geschwister und Kameraden zu bedeuten, der Schule wieder zugeführt werden. Wie

ungünstig im Gegensatz dazu die kindliche Lungentuberkulose ohne Pneumothoraxbehandlung verläuft, dafür geben viele Fälle einen Beweis, bei denen sich infolge Obliteration der Pleurahöhle ein Pneumothorax nicht erzielen ließ. Und wenn auch nicht immer eine endgültige Heilung erreicht werden kann, so verlängern wir doch den Kindern auf diese Weise wenigstens oft das Leben um viele Jahre und machen ihnen den Rest des Daseins erträglicher. Die Erfahrungen bei Säuglingen sind weniger günstig; hier kommt es trotzdem leicht zu einer generalisierten Tuberkulose.

Als bedrohliche Zwischenfälle sind zu nennen: vor allem die Embolie. In zwei Fällen kam es dazu, und zwar einmal bei einem Mädchen, das vorübergehend schwere Sehstörungen bekam und dann bei einem größeren Kinde, das unter kolossalem Geschrei in die schwersten Krämpfe verfiel.

An harmlosen Zufällen sahen wir bei sehr unruhigen Kindern öfters das Hautemphysem und einmal sogar ein tiefes Emphysem sich bilden. Das Empyem erwies sich als stets ernst zu nehmende Komplikation. Solche Komplikationen sind unseres Erachtens nicht vermeidbar.

Als den künstlichen Pneumothorax ergänzende Operationen kommt in Fällen, bei denen die Kompression der kranken Lunge infolge starker unlösbarer Pleuraverwachsungen nicht gelingt, die extrapleurale Thorakoplastik in Frage.